

А.С. Мартынов, В.В. Яновой

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Благовещенск)

В настоящее время, по данным Государственного научного центра колопроктологии от 10 до 15 % больных, госпитализированных по поводу дивертикулеза, подвергаются хирургическим вмешательствам. Большинство операций выполняются при осложненном дивертикулезе и, как правило, у пожилых пациентов.

Проведенное исследование в Амурской области, Республика САХА (Якутия), Магаданской и Сахалинских областях, входящих в Дальневосточный Федеральный округ, показало, что имеет место рост заболеваемости дивертикулеза ободочной кишки во всех исследуемых регионах от 0,4 в 2001 г. до 0,95 – 1,5 в 2004 и 2005 гг. (табл. 1).

Таблица 1

Структура заболеваемости дивертикулезом ободочной кишки в ряде регионов Дальневосточного федерального округа за 2001–2005 гг.

Регионы ДФО	Дивертикулез ободочной кишки (в расчете на 1000 взрослого населения)				
	2001	2002	2003	2004	2005
Республика САХА (Якутия)	0,4	0,73	0,7	0,6	0,75
Амурская область	1,0	0,72	0,9	1,5	0,9
Сахалинская область	1,2	0,9	0,82	0,9	0,95
Магаданская область	–	0,76	1,12	0,7	0,8

В хирургии дивертикулеза экстренные операции предпринимаются по поводу опасных для жизни осложнений: перфорация кишки, профузное кровотечение, непроходимость, подозрения на осложненный рак. Эти осложнения рассматриваются как абсолютные показания к хирургическому вмешательству. При перфорации дивертикула хирургическое вмешательство ограничивается дренированием брюшной полости, наложением проксимальной колостомы, в сочетании с дренированием места перфорации. В настоящее время большинство хирургов склонны считать наиболее адекватной мерой при возникновении такого осложнения экстериоризацию (выведение на переднюю брюшную стенку) участка перфорации с кишкой, либо резекцию ободочной кишки без наложения анастомоза (операция Микулича или Гартмана). Подобная тактика снижает летальность до 5 – 15 %.

При наличии обширного воспалительного процесса, явлениях кишечной непроходимости в качестве первого этапа возможно наложение разгрузочной колостомы. У пожилых пациентов, страдающих сопутствующими заболеваниями, она может стать постоянной, так как операции при осложненных формах дивертикулеза, вследствие вовлечения в воспалительный процесс соседних органов чрезвычайно травматичны и продолжительны. Большинство подобных вмешательств выполняются в несколько этапов, анастомоз формируют лишь в случае отсутствия признаков активного воспалительного процесса, кишечной непроходимости, в чем убеждают только во время ревизии органов брюшной полости.

Мы предлагаем новый подход к решению данной проблемы.

В Амурском центре колопроктологии тактика с 2001 по 2005 гг. пролечено 57 пациентов с различными клиническими формами осложненного дивертикулеза ободочной кишки.

При этом важное место в лечении этой категории пациентов уделяли лапароскопии, не только как одному из диагностических этапов, но и лечебных. В том случае, когда диагностировали дивертикулярный инфильтрат в комплексное его лечение включали применение лапароскопической катетеризации зоны брыжейки кишки несущей инфильтрат.

С этой целью используется специальный лапароскопический проводник катетеров. Его устанавливают лапароскопически под брюшину, или брыжейку кишки, несущей инфильтрат. Одновременно с его помощью фиксируют световод для лазерного воздействия на инфильтрат. Комплексная терапия включает применение как традиционных методов, так и местное воздействие на инфильтрат антибиотиков, антиоксидантов, лучей лазера. Данная методика позволила у больных купировать воспалительные процессы в зонах инфильтрата, уменьшить сдавление просвета кишки, подготовить больных к операции, выполнить резекцию кишки, завершить ее анастомозом и избежать наложения колостомы.

Таким образом, использование в лечении дивертикулеза ободочной кишки новых технологий и малоинвазивных методов лечения, позволили улучшить непосредственные результаты лечения этой категории больных: купировать воспалительные процессы в зонах инфильтрата, уменьшить сдавление просвета кишки, подготовить больных к операции, выполнить резекцию кишки, завершить ее анастомозом и избежать наложения колостомы